

Departamento de Servicios de Salud de Arizona/ Oficina para Niños con Necesidades Especial de Salud
Servicios de Rehabilitación de Niños
Compromiso de Pago del Miembro para Personas que no son Miembros de AHCCCS/KidsCare

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Los Servicios de Rehabilitación Para Niños van a proveer los servicios autorizados. Mi responsabilidad para mis pagos en la siguiente categoría sera:

- 0% basado en la tarifa de AHCCCS
 100% basado en la tarifa de AHCCCS

¿ Tiene el paciente aseguranza/ seguro médico? Si No

Yo estoy de acuerdo que cualquier dinero que yo reciba de una reclamación u otorgado o asignado por corte, éste destinado para pagar los costos médicos y servicios autorizados que provee CRS. Yo estoy de acuerdo que cuándo esten disponible los beneficios de seguro médico, o fondos asignados por corte u otorgados o si hay un tercer partido de beneficios médicos disponible, yo aseguro que esten disponible para pagar por los servicios o reembolse a CRS, o el contratista de CRS que provee los servicios al paciente antes de usar los fondos de CRS . Si yo recibí y convertí cualquier parte de estos fondos o beneficios descritos en esta subsección, para mi propio interés, en vez de pagar por servicios proveidos por CRS para el paciente, yo sere personalmente responsable de pagar la cuenta por los servicios.

Si aplicable, al recibir la declaración del cobro se cumple el abono. Yo estoy de acuerdo de proveer toda la información que sea necesaria para que CRS y los proveedores de CRS puedan colectar de la aseguranza médica. Yo estoy de acuerdo de informar a CRS dentro de (10) días de cualquier cambio sean beneficios médicos o financieros que pueden tener efecto en mi elegibilidad.

Autorización de Permiso

Por éste medio doy mi autorización a CRS de intercambiar la información necesaria para completar la reclamación del hospital, otros proveedores o seguro médico. Tambien doy mi autorización a CRS de intercambiar información con DES o AHCCCS y a otras compañías de seguro médico a como sea necesario para determinar elegibilidad financiera.

Asignación de Beneficios Médicos

Yo doy mi permiso a cualquier compañía de aseguranza con quién yo tengo cobertura, de hacer los pagos directamente al hospital o médico, clinica, o a otro proveedor de CRS que rindió servicio. Tambien estoy de acuerdo de remitir los dineros que yo reciba del seguro médico a los Servicios de Rehabilitación de Niños (CRS), por los servicios rendidos. Estoy de acuerdo de enviar copias de las explicaciones de los beneficios que yo reciba de la compañía de seguro médico a CRS o a los proveedores de CRS.

Yo estoy de acuerdo que soy considerado/a elegible para los servicios de CRS al 100% con seguro medico, basado en la tarifa de AHCCCS con seguro médico, y sere responsable por los deducibles y co-pagos que se requieren de mi por la compañía de seguro médico. Iniciales: _____

Yo atestigüo que e leído ésta declaración, que recibí una copia, y que tengo la autorización para actuar por el paciente, y como su padre/guardian, tengo el derecho de ejecutar y aceptar los terminos, condiciones y autorizaciones indicada anteriormente.

Fecha de Vencimiento _____

Persona Responsable Financieramente: _____

Fecha: _____

Personal Financiero de CRS: _____

Fecha: _____

SOLAMENTE PARA EL PROPÓSITO DEL ESTADO

Ingresos Anual de la Familia	Deducibles Total de la Familia	Tamaño de Familia
------------------------------	--------------------------------	-------------------

Revised: 11/02/06